

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

601

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves DORANGE

Né à Bain-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine), le 10 avril 1908
Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rennes

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

GRANDES INCISIONS DU COL

A PROPOS DE QUINZE OBSERVATIONS

Président : M. BRINDEAU, Professeur

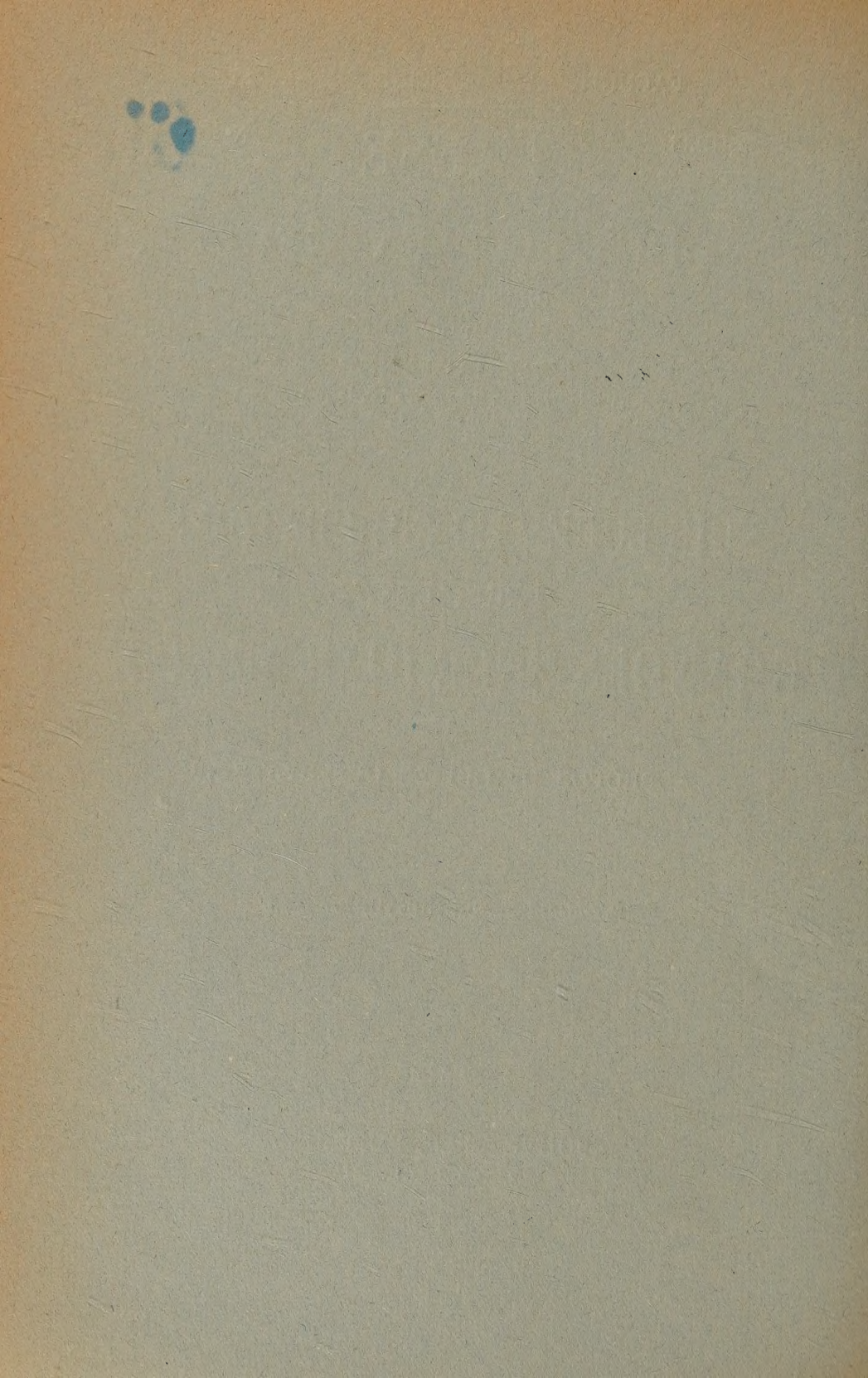
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves DORANGE

Né à Bain-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine), le 10 avril 1908
Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rennes

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

GRANDES INCISIONS DU COL

A PROPOS DE QUINZE OBSERVATIONS

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoulLE ¹
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde affection
et de ma vive reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE AINÉ

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale
Médecin de la Clinique Tarnier
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous fait le très grand honneur de
présider cette thèse. Qu'il veuille bien
accepter l'expression de notre respec-
tueuse gratitude.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BRAULT

Membre correspondant de la Société d'Obstétrique
et de Gynécologie

*Dont nous avons été l'élève et qui
nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de notre profonde et respectueuse
reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR FOLLET

Dont nous avons été l'externe.

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR BODIN

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

Dont nous avons été l'interne.

A M. LE PROFESSEUR MARQUIS

Professeur de Clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes

Dont nous avons été l'interne.

A M. LE PROFESSEUR HARDOUIN

Professeur de Clinique obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Rennes

Dont nous avons été l'interne.

*Hommage reconnaissant pour toute
la bienveillance qu'ils nous ont toujours
témoignée au cours de nos études.*

A TOUS MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

GRANDES INCISIONS DU COL

PRÉLIMINAIRES

Les grandes incisions du col forment une question très à l'ordre du jour et grâce à l'obligeance de notre maître, le Dr Brault qui a bien voulu nous donner connaissance de 15 observations concernant cette intervention obstétricale, il nous a semblé que cette série permettait de se faire une opinion sur l'état actuel de cette question.

Il s'agit uniquement des grandes incisions médianes à l'exclusion des incisions latérales profondes, et des petites incisions multiples, encore moins des césariennes vaginales à la Duhrssen, les incisions n'ayant jamais dépassé l'insertion vaginale.

La méthode que nous préconisons comporte donc suivant les cas soit une incision unique antérieure ou postérieure, soit au contraire une double incision antérieure et postérieure, selon que le permettent l'état du segment inférieur et l'ampliation vaginale.

Nous allons au cours de ce travail préciser les indi-

cations de cette méthode et, en les comparant aux autres, montrer les cas précis et relativement rares où son emploi est légitime.

Voici d'abord le résumé détaillé de ces observations :

OBSERVATIONS

I

Mme P..., II-pare.

En 1922, avec un défaut de dilatation qui oblige le médecin à tenir pendant deux heures un écarteur de Tarnier, Mme P... accouche non sans un forceps pratiqué à la vulve. Enceinte de nouveau en 1926, elle présente le 30 mai de violentes contractions sans dilatation aucune. Le médecin appelé fait une injection de Pantopon.

Le lendemain le toucher montre un col perméable à un doigt, formant un bourrelet épais et dur. Le segment inférieur est très bien formé en avant. Les bruits du cœur devenant franchement mauvais, puis les contractions ne reprenant pas, on décide une intervention.

Sous anesthésie générale et sous le contrôle de la vue on fait une incision médiane, longue d'environ 8 cm. Forceps en O. I. G. A. amène un enfant vivant. Au catgut on pratique la réfection complète du col. Hémorragie minime et suites excellentes.

Mme P..., a eu depuis un accouchement spontané.

II

Mme Le M..., 26 ans, primipare.

D. R. : 6 février 1926. T. P. : 20 novembre 1926.

Mme Le M..., après avoir présenté de l'albumine au cours de

sa grossesse et suivi un traitement approprié fait cependant une crise d'éclampsie le 8 décembre alors que le travail était commencé depuis 12 heures environ. Le toucher à 15 h. 30 montre une dilatation d'une petite paume de main et une tête paraissant fléchie et en voie d'engagement. Le segment inférieur est bien développé en arrière, peu étendu en avant. Sous-anesthésie générale, on pratique une incision antérieure de 4 cm. environ et une postérieure de 8 cm. Forceps Davis en O. I. D. P. et grande rotation qui provoque d'ailleurs une déchirure transversale de la paroi vaginale antérieure. On suture les incisions sur le col et on refait le périnée. Pendant huit jours la température a oscillé entre 38 et 39° du fait de la suppuration du vagin. Puis la température est revenue à la normale. La trace des diverses cicatrices est restée apparente.

III

Mme D..., 37 ans, primipare.

D. R. : 7-10 juin 1926. T. P. : 20 mars 1927.

Mme D. présente à son entrée une tête fléchie et bien fixée, un dos à gauche. Le toucher montre une tête très descendue en avant. Le 16 avril 1927 à 16 heures, début du travail. D'emblée les contractions sont très intenses et très rapprochées, à 20 h. 30, le toucher montre une tête dans l'excavation, coiffée d'une enveloppe un peu plus épaisse que la poche des eaux, se tendant à chaque contraction. On ne trouve pas trace du col, seulement au milieu de cette masse une petite irrégularité sans orifice perceptible.

Le lendemain à 1 h. 30, aucun changement ne s'étant produit, anesthésie générale. Deux valves permettent de voir qu'il s'agit

du segment inférieur qui vient presque bomber à la vulve. On trouve un orifice punctiforme que l'on repère avec des pinces. On pratique deux grandes incisions médianes, antérieure et postérieure. Rupture de la poche des eaux. Forceps Tarnier en O. I. G. A. Extraction après épisiotomie d'un fœtus mâle de 3 kgr. 940 étonné mais très vite ranimé. Délivrance naturelle complète. Suture au catgut des incisions. Suites parfaites. Sort guérie le seizième jour.

A eu depuis 2 grossesses, terminées par des accouchements normaux.

IV

Mme L..., 28 ans, primipare,

D. R. : 15 novembre 1926. T. P. : 25 août 1927.

Rupture spontanée et prématurée de la poche des eaux le 10 août 1927. Début des contractions le 11 vers 22 heures. Le 12 août 1927 à 18 heures, elle est amenée à la clinique. Dilatation de 1 cm. Bassin rachitique. Promontoire accessible au loin. Tête encore élevée. Le 13 août 1927 à 15 heures, la dilatation n'atteint pas 4 cm., malgré les contractions intenses et régulières, tête bien descendue. Bonne ampliatio n vaginale. Anesthésie générale à l'éther. Deux grandes incisions médianes. Extraction au forceps de Demelin d'un fœtus féminin de 2 kgr. 980 un peu étonné. Délivrance naturelle. Suture du col au catgut. Suture d'une déchirure du périnée. Shock assez marqué. Suites parfaites.

A eu depuis une autre grossesse et un accouchement spontané, rapide.

V

Mme Le D..., 39 ans, primipare.

D. R. : 8 décembre 1926. T. P. : 20 septembre 1927.

Début du travail le vendredi 30 septembre dans la soirée. Contractions utérines douloureuses le samedi et le dimanche. Pendant ce temps a subi des touchers répétés non seulement de son médecin mais aussi d'une matrone. La rupture de la P. E. passe inaperçue. Entre à la clinique le samedi 30 octobre à 9 h. 30 ; contractions énergiques, enfant vivant, dos à droite. Au toucher, tête dans l'excavation coiffée d'un segment inférieur bien formé en arrière, en avant col épais, œdématié, présentant un orifice laissant pénétrer le doigt. L'orifice normal est dilaté à 5 cm. seulement. Femme fatiguée, mauvais état général. Sous anesthésie générale à l'éther, le Dr Brault pratique deux grandes incisions médianes, l'une antérieure, l'autre postérieure. Extraction après épisiotomie au forceps de Demelin d'un fœtus de 3 kgr. 250, en état de mort apparente, ranimé en 1/4 d'heure. La tête était en O. I. D. P. Le fœtus a été extrait en O. P. après une grande rotation. Celle-ci a déchiré les lambeaux du col qui pendaient à l'extérieur, dilacérés. Délivrance artificielle, vérification soigneuse de l'utérus qui est intact, les déchirures ne remontent pas au-dessus de l'insertion vaginale. Badigeonnage à la térébenthine, résection des fragments du col. Pas de sutures du col. Suture de l'épisiotomie.

Le soir température 38°6. Pouls 120. La température et le pouls se maintiennent élevés et malgré vaccin, sérum, huile camphrée, glace sur le ventre, la femme succombe le 9 octobre (7^e jour) avec les signes de péritonite.

VI

Mme H..., 30 ans, primipare.

D. R. : 10-15 janvier 1929. T. P. : 25 octobre 1929.

Le 31 octobre 1929, apparition de contractions utérines intenses. L'utérus se relâchant mal, il se produit une rupture de la P. E. pendant une injection. Présence de méconium dans le liquide amniotique. Bruits du cœur fœtal rapides. Le toucher montre un col épais, dilaté à 6 cm. Le segment inférieur est bien formé, coiffant une tête descendue dans l'excavation. Etant donnés les signes de souffrance fœtale et la lenteur du travail, on pratique sous-anesthésie générale 2 grandes incisions médianes, une antérieure, l'autre postérieure. Forceps en O. I. D. P. et grande rotation. Extraction d'un fœtus de 3 kgr. 500. Suture au catgut des incisions. L'an dernier cette femme a accouché spontanément après une bonne dilatation, aidée d'une injection d'hypophyse, d'un enfant de 4 kgr. 450. Les cicatrices du col sont encore visibles.

VII

Cas très favorable.

Il s'agit d'une femme présentant une dilatation de 4 cm. avec une tête à la vulve, coiffée d'un segment inférieur. Après épisiotomie, on fait deux grandes incisions médianes antéro-postérieures et avec le forceps de Tarnier, on extrait l'enfant en O. P. On ne suture pas les incisions du col. Suites excellentes, pas de température.

Depuis, cette femme a eu deux accouchements spontanés.

VIII

Mme H..., 37 ans, primipare.

Début du travail le 21 février 1930. Puis pendant 15 heures dilatation stationnaire à 5 cm. La tête est à la vulve coiffée d'un S. I. très mince. Anesthésie générale. Deux grandes incisions médianes antérieure et postérieure du col. Extraction d'un fœtus en O. I. G. A. au forceps Tarnier. Malgré les incisions qui remontent au cul-de-sac vaginal, présence d'une déchirure qui intéresse la moitié de la hauteur du col, saignant beaucoup plus que les deux incisions. Suture des incisions et de la déchirure au catgut n° 2.

Les suites immédiates sont bonnes. Suites éloignées, inconnues.

IX

Mme D..., 25 ans, primipare.

D. R. : fin mai 1929. T. P. : fin janvier 1930.

Mme D..., au cours de sa grossesse a présenté un hydramnios assez marqué qui cède rapidement au régime et au Ca Cl². Puis albumine et œdèmes accompagnés d'anémie. Globules rouges, 2.500.000. 3,5 % de normoblastes. On lui donne de l'hépatol. Début du travail, la nuit du 4 au 5 février 1930. A 9 heures, dilatation 5 francs et à 13 heures rupture de la P. E. dans laquelle on constate la présence de méconium. Dilatation stationnaire et bruits du cœur très éloignés. Anesthésie générale au Schleich S. I. bien formé et tête fœtale à la vulve avec une dilatation de 6 cm. Une grande incision médiane antérieure jusqu'au cul-de-sac vaginal. Au forceps de Tarnier on extrait un

fœtus de 2 kgr. 900 mort avec début de macération. Puis on constate la présence d'un deuxième enfant sur lequel on fait une version rapide qui extrait un fœtus féminin vivant, de 2 kgr. 370. Placenta unique, très étendu et très plat. Pas de suture de l'incision.

A noter un état de shock assez marqué. Pendant 10 jours la température a oscillé entre 37° à 38° d'une façon très irrégulière.

En 1932, cette femme a accouché spontanément.

X

Mme B..., 39 ans, II-pare.

D. R. : 17 septembre 1929. T. P. : 25 juin 1930.

Premières douleurs dans la nuit du 18 au 19 juin 1930. Les contractions durent toute la journée du 19 et le médecin ne constate aucune dilatation. La femme est envoyée dans une clinique où le toucher montre un col effacé dont l'orifice ne permet pas l'introduction du doigt. Tête haute. Deux valves permettent de voir l'orifice punctiforme du col que l'on dilate jusqu'à 2 cm. environ, d'abord à la pince, puis au doigt. A 5 h 30, rupture de la P. E qui contient du méconium. Bruits du cœur rapides mais bons. La tête a un peu descendu et paraît fixée. L'ampliation vaginale paraissant suffisante, on pratique sous-anesthésie générale à l'éther 2 grandes incisions médianes du col, l'une antérieure, l'autre postérieure. Une tentative d'extraction au forceps de Tarnier reste sans succès. Le Demelin dérape.

On fait alors, très lentement, une version à cause de la présence d'un anneau de Bandl très serré. Extraction assez laborieuse de la tête. Fœtus féminin de 3 kgr. 360 dont le cœur bat mais qui ne fait aucun mouvement respiratoire. Outre les deux

incisions, le col présente des déchirures à droite et surtout à gauche. On ne pratique pas de suture, les tissus étant trop contus. Suites parfaites, pas de température et 20 jours après, l'examen au spéculum montre les cicatrices visibles mais en très bon état. Cette femme n'a pas eu de grossesse ultérieure.

XI

Mme X..., 28 ans, primipare.

D. R. : inconnue.

En travail depuis 2 jours environ. Fait des efforts d'expulsion. Le médecin appelé fait une injection de rétropituitine-Carrion qui semble « bloquer » le travail. Un accoucheur examine cette femme et trouve une tête en bas, un enfant vivant, un col dilaté de 4-5 cmc. et une P. E. intacte avec un promontoire accessible au loin. L'ampliation vaginale paraissant suffisante, on pratique sous-anesthésie générale, deux grandes incisions médianes, antérieure et postérieure du col. On extrait laborieusement au détroit inférieur en O.I.D.A. un fœtus vivant de 3 kgr. 500. Délivrance artificielle immédiate. Le col est très délacéré mais l'utérus est intact. Pas de suture, mais pour arrêter l'hémorragie on met un tampon à l'iodéol. Température 40°, le lendemain température normale après ablation de la mèche.

En mars 1932, cette femme a accouché spontanément.

XII

Mme T..., 22 ans, primipare.

D. R. : 5 janvier 1930. T. P. : 15 octobre 1930.

Grossesse illégitime.

Avoue avoir eu fin février des hémorragies dues sans doute à des manœuvres abortives. Pendant sa grossesse leucorrhée abondante, col dur, ulcéré, gonococcie probable.

Début du travail dans la nuit du 30 au 31 octobre. Contractions toute la journée du 31. Le 1^{er} novembre à midi contraction utérine, fatigue marquée de la femme. Dilatation de 5 cmc. seulement. Injection de 1 cmc. de scopolon : l'utérus se calme et le travail s'arrête complètement. A 16 heures, 4 heures après, il n'a pas encore franchement repris ; injection de 25 unités de pituitobine. Les contractions reprennent intenses, régulières. Une heure après, la tête au détroit inférieur pousse devant elle le col dont l'orifice n'atteint pas 10 cm.

Dans ces conditions on décide une intervention. Sous anesthésie à l'éther, grande incision médiane postérieure. Application du forceps Demelin en O.I.G.A., et après épisiotomie, extraction laborieuse d'un fœtus féminin de 4 kgr. 510, vivant. Délivrance artificielle et vérification soigneuse de l'utérus et des culs-de-sac vaginaux qui sont intacts.

Badigeonnage à la térébenthine. Le col étant certainement infecté, pas de sutures. Suture de l'épisiotomie. Femme très fatiguée. Schock.

Le lendemain matin température 39°2, pouls 120. Etat général très sérieux. Glace sur le ventre ; sérum, vaccin. Le soir, température 40°, le deuxième jour l'état paraissant extrêmement grave, hystérectomie vaginale (Professeur Marquis). L'utérus est intact, non déchiré. L'état s'aggrave rapidement et la femme succombe le troisième jour.

XIII

Mme T..., 28 ans, primipare.

D. R. : 10-14 mars 1930. T. P. : 25 décembre 1930.

Grossesse surveillée.

Rupture spontanée de la P. E. le 31 décembre 1930. Liquide sanguinolent. Les contractions commencent le 1^{er} janvier 1931. Le médecin appelé constate vers 8 heures, une issue de méconium, un ralentissement des bruits du cœur et une dilatation de 2 francs environ. La femme est envoyée dans une clinique où l'accoucheur constate un utérus dur, des signes de souffrance fœtale et une tête engagée en O.I.G.A. coiffée d'un S.I. bien formé. L'état devenu stationnaire sans augmentation de la dilatation. Anesthésie générale à l'éther qui permet de pratiquer deux grandes incisions médianes du col, antérieure et postérieure. Forceps Tarnier en O.I.G.A. jusqu'à la vulve qui extrait facilement un fœtus qui a vécu 12 heures. Suture au catgut des incisions.

A la sortie on ne voit que la cicatrice de l'incision antérieure. Les suites immédiates sont bonnes.

Arrivée chez elle, elle a une phlébite le vingt-deuxième jour. Deux ans après il n'y a pas eu de grossesse mais la femme est atteinte d'un prolapsus avec allongement considérable du col qui ne présente plus trace de cicatrices.

XIV

Mme C..., 18 ans, primipare.

D. R. : 19 janvier 1932. T. P. : 30 octobre 1932.

Un médecin appelé le 25 octobre 1932 constate un col effacé,

non dilaté, sans engagement malgré de violentes contractions et l'envoi dans une clinique où l'accoucheur trouve 24 heures après un enfant vivant dont la tête engagée se trouve dans l'excavation, bien coiffée d'un segment inférieur étendu, avec une bonne ampliation vaginale. L'orifice du col admet le bout du doigt. Les contractions sont énergiques et rapprochées mais dans l'intervalle desquelles l'utérus ne se relâche pas franchement. Sous anesthésie générale on fait une grande incision médiane de la lèvre postérieure du col, de 10 cm. environ.

Après la rupture de la P. E. on constate la présence de méconium dans le liquide amniotique. On applique un forceps Demelin en O I.G.A. et on extrait un fœtus mâle de 2 kgr. 510.

Les suites immédiates sont très bonnes. A la sortie de la clinique, le col est bien cicatrisé.

XV

Mme G..., 31 ans, primipare.

D. R. : 24-27 novembre 1932. T. P. : début septembre 1933.

Début le 3 septembre 1933. Douleurs irrégulières, par moment intenses avec d'assez longues périodes de calme.

A 23 heures, le D^r Brault appelé par le confrère constate un enfant vivant, tête dans l'excavation, col effacé mais laissant à peine pénétrer le doigt. Le confrère ayant fait sans succès 3/4 cmc. de sédol, le D^r Brault fait 1/2 cmc. de spsasmalgine. Calme pendant 2 heures, puis reprise des contractions.

Entrée à la clinique le 4 septembre à 5 heures dans un état nerveux extraordinaire ainsi que son entourage qui réclame à grands cris une intervention immédiate.

La tête étant bien descendue dans l'excavation, l'ampliation

vaginale étant bonne et la dilatation n'ayant pas sensiblement progressé malgré les douleurs, le D^r Brault cède et décide d'intervenir, un peu à contre-cœur d'ailleurs.

Le 4 septembre, sous anesthésie rachidienne avec 10 cmc. de tutocaïne il fait une seule grande incision médiane postérieure. Extraction au forceps Tarnier en O.I.G.A. après épisiotomie d'un fœtus masculin de 4 kgr. 420, en état de mort apparente, ranimé difficilement et qui succombera 12 heures après.

Délivrance artificielle, vérification de l'utérus qui n'est pas déchiré mais présente plusieurs nodules fibromateux. Le col étant très dilacéré on ne fait pas de suture. Badigeonnage utérin à la térébenthine. Suture de l'épisiotomie. Schock assez marqué, etc. La délivrance volumineuse pèse 900 grammes.

Suites légèrement fébriles : température oscille entre 37°8 et 38°3 pendant 8 jours. Anémie assez marquée.

Sort guérie trois semaines après l'accouchement.

* * *

Afin d'avoir une vue d'ensemble sur le caractère de ces quelques observations, nous pouvons en grouper les principaux faits dans le tableau ci-contre.

L'étude de ces quinze observations nous permettra quelques considérations sur :

La technique des grandes incisions médianes.

Ses résultats.

Ses indications.

Et la comparaison avec les autres méthodes.

Nous pourrons ensuite tirer les quelques conclusions qui paraîtront découler de cette étude.

Tableau résumant les XV observations.

Parité	Age	Incisions		Terminaison	Enfant	Suites		Cicatrices
		unique	double			Sutures	éloignées	
1. II.	X	antérieure		Forceps	vivant	oui	bonnes	1 accouchement pas de traces
2. I.	26 ans		double	Forceps O.I.D.P.	vivant	oui	assez bonnes	spontané pas de grossesse apparentes
3. I.	37		double	Forceps	vivant	oui	excellentes	2 accouchements col parfait
4. II.	27		double	Forceps	vivant	oui	très bonnes	spontanés 1 accouchement apparentes
5. I.	39		double	Forceps O.I.D.P.	vivant	non	décès	spontané
6. I.	30		double	Forceps O.I.D.P.	vivant	oui	bonnes	1 accouchement visibles
7. I.	X		double	Forceps	vivant	non	bonnes	spontané 2 accouchements visibles
8. I.	37		double	Forceps	vivant	oui	bonnes	spontanés 1 accouchement inconnu
9. I.	25	antérieure		Forceps	1 vivant 1 mort	non	assez bonnes	1 accouchement visibles
10. II.	39		double	Version	mort	non	bonnes	spontané pas de grossesse
11. I.	28		double	Forceps	vivant	non	médiocres	1 accouchement visibles
12. I.	X	postérieure		Forceps	vivant	oui	décès	spontané
13. I.	28		double	Forceps	mort à 12 h.	oui	bonnes	pas de grossesse
14. I.	18	postérieure		Forceps	vivant	oui	bonnes	inconnu
15. I,	31	postérieure		Forceps	mort à 12 h.	non	médiocres	trop récent

LA TECHNIQUE

L'emploi des incisions du col est connu déjà depuis longtemps. A. Paré en parle et Baudelocque les utilise dans les cas de col rigide, non dilatable. A ce moment, on faisait surtout de petites incisions multiples, insuffisantes pour supprimer l'obstacle opposé par le col. C'est ce qui explique facilement le peu de faveur dont elles jouissaient alors.

En 1891, Duhrssen précise que c'est seulement lorsque le col est effacé que les incisions doivent donner de bons résultats et il en fixe le premier la technique. Il préconise « quatre à six grandes incisions, sectionnant le col, jusqu'à l'insertion vaginale dilatant immédiatement et complètement l'orifice ».

Plus tard, en 1910, Jeannin et Garipuy montrent les indications et la technique de cette intervention. Depuis, la pratique des incisions profondes se répandit de plus en plus, préconisées par le professeur Bar et, en 1920, on de ses élèves, M. Cathala, fixe à nouveau et d'une façon très précise les indications et la technique à suivre.

Dans une clinique sur les grandes incisions, le professeur Ecalle constate qu'elles « ont pris une place de plus en plus importante dans la thérapeutique obsté-

tricale et les travaux de Schwab, la thèse de Benit, les discussions qui ont eut lieu à la Société d'obstétrique de Paris, ont contribué grandement à en fixer tous les détails ».

Après ce bref historique, voyons la technique même de cette intervention.

Tout d'abord, rejetons les incisions petites et multiples qui sont dangereuses, car susceptibles d'extension. Elles ont été faites sur des cols non effacés et n'atteignent pas le but que nous nous proposons, qui est de faire un passage suffisant pour l'extraction du fœtus.

Le nombre de ces grandes incisions a varié. Au début, nous l'avons vu, Dührssen en proposait quatre, deux latérales, deux médianes.

Les inconvénients étaient nombreux : le col se nécrosait facilement, par suite d'une mauvaise irrigation des lambeaux, et l'intégrité anatomique et fonctionnelle était loin d'être satisfaisante.

Actuellement on se contente de deux incisions.

Où doit-on les pratiquer ?

Deux théories très différentes se trouvent en présence : les uns avec Potocki, Couvelaire sont partisans des incisions latérales, les autres avec Bar, Brindeau, préfèrent les incisions antéro-postérieures.

La préférence des premiers s'explique, d'après eux, par le fait que :

1^o Les incisions latérales rappellent les déchirures

spontanées « les incisions latérales, dit Bouffe de Saint-Blaise, se font à l'imitation de la nature ».

2^o Faites latéralement, elles sont moins dangereuses parce qu'elles ne peuvent atteindre la vessie ou le rectum.

3^o Elles sont enfin plus faciles à faire.

La seconde théorie est à notre avis la meilleure, et les 15 observations rapportées plus haut ne nous montrent que des grandes incisions médianes dont nous examinerons dans un prochain chapitre les résultats.

Le danger des incisions faites sur la ligne médiane et pouvant atteindre la vessie ou le rectum est beaucoup plus théorique que réel. La vessie est en effet séparée du vagin par un tissu cellulaire assez lâche qui isole bien ces deux organes, et une déchirure de la vessie est moins grave qu'une déchirure du segment inférieur, continuant une incision latérale et pouvant atteindre le lieu où se trouvent réunis les vaisseaux.

Les artères ne risquent guère d'être déchirées, par contre le danger est beaucoup plus grand pour les grosses veines formant les plexus utérins. Ecalte rapporte à ce sujet une observation présentée par M. Bar : « Il s'agissait d'une femme morte en quelques instants à la suite d'une déchirure latérale du col remontant jusqu'au segment inférieur. On voyait sur l'utérus (pièce anatomique) une veine presque aussi grosse que le doigt qui se trouvait justement ouverte par la déchirure. » Et il ajoute « c'est vous dire que cette

femme était morte en quelques secondes, sans qu'on ait eu le temps de faire quoi que ce soit ».

Nous insistons d'une façon spéciale sur le danger de ces hémorragies consécutives aux déchirures, secondaires elles-mêmes aux incisions, et il nous paraît plus logique même d'envisager une lésion problématique de la vessie, qui d'ailleurs se réparera assez facilement, plutôt que de s'exposer au danger d'une hémorragie foudroyante dont il sera impossible peut-être d'éviter les funestes conséquences.

Un second argument en faveur des incisions médianes est la cicatrisation du col, qui se fait beaucoup mieux dans ce cas. En effet l'utérus est soutenu par des ligaments allant d'avant en arrière, et formant une suspension continue ; ce sont les ligaments pubo-vésicaux en avant, les ligaments utéro-sacrés en arrière. Si la section passe entre les fibres et parallèlement à elles, la suspension de l'utérus reste intacte. Si au contraire les fibres sont sectionnées transversalement, les deux lèvres, antérieure et postérieure, résultant des incisions latérales seront attirées en avant et en arrière, sollicitées par deux forces opposées et de ce fait la cicatrisation en souffrira.

De plus pour les suites éloignées il y aura à craindre les prolapsus utérins puisque la sangle antéro-postérieure aura été sectionnée en son milieu.

Les incisions latérales sont plus faciles à exécuter. Et pourtant le matériel exigé pour les incisions médianes est des plus restreints et le mode opératoire en est extrêmement simple.

Dans les cas d'urgence une simple paire de ciseaux est suffisante. Cependant il est préférable d'avoir sous la main quelques instruments.

Après avoir vidé la vessie et le rectum si possible, la femme est mise en position obstétricale. On désinfecte la vulve et le vagin à la teinture d'iode. Deux valves larges et plates sont mises en place et maintenues par un aide. Si vous êtes seul, une simple valve mise en arrière permettra d'attirer en bas le périnée et de découvrir ainsi l'orifice de dilatation. On pourra aussi se rendre compte de sa situation.

Dans les cas fréquents où il est très en avant, l'incision médiane de la lèvre postérieure sera suffisante. Dans les cas au contraire où il est resté très en arrière, c'est la lèvre antérieure seule qu'on incisera. Dans la majorité des cas d'ailleurs il sera préférable d'inciser les deux lèvres. Cette incision se fera en général sous le contrôle de la vue d'un seul coup de ciseaux.

Il est bien préférable en effet d'y voir clair en posant des valves plutôt que de guider ses incisions un peu à l'aveuglette par un doigt introduit dans l'orifice de dilatation. C'est pourtant cette méthode qu'indique Cathala. Certains conseillent l'emploi des pinces de Museux pour attirer le col mais il peut arriver qu'en tirant un peu fortement pour ramener à soi le segment inférieur aminci, on ne fasse des déchirures que l'on cherchait à éviter. Le résultat ne serait donc atteint que partiellement. Cependant on pourra faire l'incision entre deux pinces de Kocher, maintenant chacune un des bords de la section.

TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT

Lorsque les grandes incisions ont été faites, la question se pose pour savoir comment se terminera l'accouchement. Faut-il intervenir, ou doit-on attendre l'accouchement spontané ?

Comme nous le verrons un peu plus loin, les femmes chez lesquelles on a fait des incisions du col ont toujours besoin d'être accouchées rapidement, soit pour raison de souffrance fœtale, soit pour raison provenant de la mère. Et d'un autre côté on ne peut prévoir la durée pendant laquelle le travail peut se prolonger.

Enfin les incisions pratiquées peuvent saigner un peu et l'extraction du fœtus mettra fin à cette hémorragie.

De plus une autre question importante intervient : l'anesthésie.

Si les sutures doivent être faites, l'anesthésie est indispensable. Or il y a intérêt à en réduire la durée au minimum. Il faudra donc faire l'extraction fœtale d'une façon quelconque pour que la femme subisse le moins possible l'influence de l'éther. D'autre part si on se met à un point de vue purement subjectif, votre cliente vous gardera une reconnaissance infinie

pour s'être retrouvée dans son lit, entièrement délivrée, sans avoir éprouvé la moindre douleur. Or si on attend l'accouchement spontané, l'anesthésie étant de très courte durée pour les incisions, il arrivera que la femme sera réveillée avant la terminaison complète de son accouchement.

Toutes ces raisons nous montrent qu'il est préférable d'extraire rapidement l'enfant.

Par quel moyen ? Doit-on mettre un forceps, est-il préférable de tenter une version ? Examinons les résultats obtenus dans les 15 observations citées. Il y a eu quatorze applications de forceps et une seule version, celle-ci d'ailleurs pratiquée dans des conditions défectueuses : en effet deux prises de forceps, l'une avec le Tarnier, l'autre avec le Demelin, sont restées sans succès, les branches ayant dérapé successivement. De plus il existe une rétraction assez marquée de l'anneau de Bandl. Le résultat est la production de déchirures latérales gauche et droite, malgré deux incisions médiane antérieure et postérieure.

De cette version, on peut rapprocher, quant aux résultats, les forceps appliqués dans les observations II, V, VI où les fœtus se trouvent en droite postérieure. Les branches n'ont pas dérapé, mais l'accoucheur a fait l'extraction en occipito-pubienne après une grande rotation. Il est intéressant de constater que dans deux des cas et malgré les grandes incisions pratiquées, des déchirures se sont produites ; une déchirure transversale de la paroi vaginale antérieure dans le premier cas, et dans le second, outre un agran-

dissement des incisions, le col pend à l'extérieur sous l'aspect d'une sorte de tablier ayant la dimension d'une paume de main.

Comme on le voit, ces manœuvres, malgré tout le soin apporté dans leur exécution, n'ont pas donné les résultats qu'on était en droit d'en attendre et ont produit malgré les incisions préalables des déchirures plus ou moins profondes qui par la formation de tissus contus peuvent être une cause d'infection et entraver par leurs cicatrices la réfection plus ou moins intégrale du col.

Il faudra donc craindre les grandes rotations dans les présentations postérieures. Elles pourront cependant être tentées très bas lorsque la tête sera déjà dans l'orifice vulvaire de manière à éviter les déchirures toujours possibles des valves cervicales. Et même dans les droites postérieures il sera préférable de s'en abstenir complètement et de faire le dégagement en O. S.

C'est pour cette même raison que la version ne sera employée qu'exceptionnellement lorsque le forceps ne pourra être appliqué. C'est en effet une manœuvre assez traumatisante et les risques sont plus grands d'agrandir les incisions. De plus toutes les précautions d'asepsie seront prises d'une façon plus parfaite à cause des plaies vives fournies par les grandes incisions.

Enfin en général on laissera de côté l'emploi de l'hypophyse car le défaut de dilatation coïncide souvent avec un état de dyscinésie utérine.

SUTURES

La question des sutures a été elle-même très discutée. Les uns préfèrent suturer les incisions, les autres au contraire prétendent que ces plaies opératoires guérissent spontanément et les abandonnent à elle-mêmes. Si nous nous reportons aux 15 observations citées, nous pourrions voir que dans 8 cas suturés, le résultat anatomique et fonctionnel a été parfait et même dans 3 cas les cicatrices ont été invisibles. Ecalle presque toujours essaie de suturer avec d'ailleurs un bon résultat.

Cependant il est certains cas où il ne faut pas intervenir, où il faut laisser le temps et la nature, aidés par quelques pansements, réparer les brèches que la bonne marche de l'accouchement a nécessitées : l'œdème du col par exemple.

En effet nous avons à affronter des tissus infectés, se déchirant facilement et leur réunion ne peut avoir lieu car le catgut ne peut tenir.

En général la question qui intervient pour savoir si oui ou non il faut suturer est l'Asepsie. En effet il faut toujours craindre en obstétrique le manque d'asepsie et les conséquences si graves qui peuvent en résulter. A plus forte raison dans le cas spécial

des grandes incisions qui constituent une plaie vive prête à recevoir tous les microbes de l'infection, soit par leur introduction dans le vagin au cours des différentes manœuvres, soit plutôt par l'exaltation de la virulence de ceux qui s'y trouvaient auparavant et qui trouvent alors un milieu propice à leur développement.

Si donc l'accoucheur a le moindre doute, il se gardera d'enfermer le loup dans la bergerie en pratiquant les sutures. Après une bonne désinfection à la teinture d'iode, il laissera les lambeaux se recoller d'eux-mêmes en observant journellement, au début du moins, la marche de la cicatrisation qu'il aidera par quelques pansements aseptiques, par exemple des mèches imbibées de collargol.

Par contre si le col présente toutes les conditions requises et que l'asepsie apportée dans les différentes manœuvres a été rigoureuse, les sutures s'imposent pour plusieurs raisons. Elles feront cesser l'hémorragie, minime il est vrai, provenant des incisions médianes, ensuite et surtout le résultat anatomique et fonctionnel sera évidemment meilleur. En effet très souvent le col ne portera plus un mois ou deux après, les traces de cicatrices et aura repris sa forme et son élasticité normales qui permettront par la suite des accouchements spontanés. A ce sujet cependant, voici une observation très intéressante de Bossi (1). Il s'agissait d'une femme qui à une pre-

1. Citée par Scali, Thèse de Paris.

mière grossesse avait subi des incisions du col avec sutures. Huit ans après, à sa seconde grossesse, le col était réduit à un bourrelet épais, rendu résistant et dur par les cicatrices. Bossi applique un dilatateur et obtient une dilatation complète du col sans déchirure ni hémorragie.

Après avoir introduit dans le vagin deux valves maintenues par un aide, on fait un léger badigeonnage à la teinture d'iode des parties cruentées et après avoir attiré à soi les deux lambeaux au moyen de pinces de Museux on pratique deux surjets, antérieur et postérieur au catgut n^o 1 ou 2.

LES RÉSULTATS

Nous pouvons étudier ce chapitre en le divisant pour la clarté et la commodité en résultats immédiats et résultats éloignés, d'un côté pour la mère, de l'autre pour l'enfant.

I. — Résultats immédiats.

A. POUR LA MÈRE.

La raison qui détermine les grandes incisions étant surtout la longueur du travail, due à une non dilatation et entraînant la souffrance fœtale et une grande fatigue par la femme, le premier résultat est obtenu pour la terminaison rapide de l'accouchement, dictée par les symptômes énumérés ci-dessus.

Mortalité. — Examinons les deux cas de mort que nous montrent les observations 5 et 12. Cette moyenne de 13,33 % donne une proportion assez considérable, surtout si on la compare aux résultats fournis par la césarienne basse (le D^r Brault, sur 98 césariennes basses n'a pas eu à enregistrer un seul décès).

Mais il ne faut pas oublier que les incisions du

col sont surtout faites dans des cas jugés suspects d'infection et où la césarienne conservatrice serait contre-indiquée. C'est précisément le cas de nos deux décès.

Le premier (observation V) nous montre une femme qui a subi de nombreux touchers par le médecin et par une « matrone ». Or la rupture de la poche des eaux a passé inaperçue. Cette femme a donc été contaminée avant son arrivée à la clinique — où l'accoucheur note : mauvais état général — par des doigts sales d'une personne de bonne volonté, appelée pour surveiller la marche du travail et pour qui l'asepsie est un mot parfaitement inconnu. (A ce sujet, voici un fait qui montrera l'incurie et le danger de ces femmes. Faisant un remplacement et appelé pour faire un accouchement nous avons vu une de ces matrones faire un toucher avec des doigts non lavés et couverts de boue).

D'ailleurs le thermomètre qui accusait 39° à l'entrée de la femme à la clinique en est une preuve indéniable.

Puis il y avait une présentation défectueuse en O. I. D. P. Le fœtus a été extrait en O. P. après une grande rotation qui a déchiré les lambeaux du col, favorisant ainsi la propagation des microbes de l'infection qui se trouvaient en grand nombre dans un vagin contaminé.

Le second cas (observation XII) nous montre une femme extrêmement fatiguée par un travail durant depuis plus de 48 heures avec, à la fin, contracture

utérine. Une extraction très laborieuse en O. I. G. A. ramène un enfant énorme, pesant 4 kgr. 510. Etat de shock très marqué — et le soir même la température est à 39°2. Le col avait été antérieurement infecté.

Dans les deux cas on a fait une délivrance artificielle, suivie d'une révision soigneuse de l'utérus qui a montré une cavité vide de débris placentaires et de caillots. Et même dans l'observation XII, cette vérification a été suivie le lendemain d'une hystérectomie vaginale. L'utérus était intact, ne présentant aucune déchirure. Et cependant l'état s'est aggravé rapidement et au troisième jour la femme a succombé.

Ces deux échecs ne sont donc pas imputables aux grandes incisions pratiquées. L'accoucheur opérait en milieu septique et il s'en est suivi une septicémie suraiguë entraînant rapidement la mort que n'aurait pu éviter une césarienne conservatrice.

En réalité, cette technique ne doit être comparée qu'avec la césarienne suivie d'hystérectomie. Or dans nos deux cas, il s'agissait de primipares, avec des enfants donnant des signes de souffrance.

N'est-il pas légitime d'être conservateur à outrance?

Morbidité. — Ces deux cas exceptés, les suites immédiates sont en général excellentes. Cependant dans l'ensemble les feuilles de température accusent les premiers jours une légère élévation, due d'un côté au mauvais état de la femme qui a nécessité les incisions et à la fatigue un peu plus grande que pour un accouchement normal, provoquée par les dites inci-

sions. L'observation XI nous montre une femme dont la température s'est élevée à 40° pendant un jour et qui le lendemain est revenue à la normale et on voit dans la neuvième observation un état de shock assez marqué ; mais il ne faut pas oublier que dans ce dernier cas, il s'agissait d'une grossesse gémellaire. Enfin la quinzième observation nous présente une primipare de 31 ans fatiguée par un travail pénible et dont le nervosisme est extrême. La température après avoir atteint 40° est redescendue à la normale vers le huitième jour après avoir oscillé entre 38° et 38°5.

B. POUR L'ENFANT.

La mortalité pour l'enfant sera toujours importante, 4 sur 16, soit un quart pour nos 15 observations. En effet il ne faut pas oublier qu'une des principales indications de cette intervention est la souffrance fœtale et que de plus l'extraction est souvent laborieuse. Ces quatre décès correspondent successivement à un des fœtus de la grossesse gémellaire, à celui dont l'extraction s'est terminée par une version, précédée de deux prises de forceps et enfin les deux autres qui ont vécu 12 heures.

Les douze autres n'ont pas souffert davantage que s'il se fut agi d'un accouchement spontané. Il faut cependant noter que deux enfants sont nés étonnés. Pour le premier (observation 4) il s'agissait d'un bassin rachitique dont le promontoire était accessible au

loin ; et le second (observation 5), correspond au premier cas de décès de la mère.

II. — Résultats éloignés.

Si les résultats immédiats ne sont pas toujours excellents, par contre les suites éloignées ont toujours été parfaites. On pourrait croire que ces mutilations volontaires du col entraînent pour celui-ci des causes susceptibles de gêner ou même d'empêcher tout accouchement dans la suite. Or il n'en est rien.

Toutes ces femmes ont été examinées au spéculum avant leur départ de la clinique. Trois cols étaient exempts de cicatrices et onze en portaient des traces apparentes mais restaient en très bon état. Le dernier, trop récent, n'a pu être examiné. Et la meilleure preuve en est fournie par les grossesses ultérieures.

A ce sujet il y a discussion et les différents auteurs, qui ont étudié cette question, sont loin d'être d'accord quant aux résultats de leurs statistiques.

Hauch publie une statistique où sur 159 incisées il n'en voit que 15 redevenir enceintes. Il y a là évidemment un déchet énorme au point de vue de la fécondation, mais encore faudrait-il connaître l'histoire pathologique de ces femmes. De plus il est évident que chez certaines la peur d'une nouvelle intervention leur fait appréhender une nouvelle grossesse.

M. Escalle (1) dans sa clientèle privée voit trois

1. *Cours du jeudi soir à la Clinique Tarnier (1925).*

femmes sur dix incisées redevenir enceintes, une même est déjà accouchée pour la seconde fois et a eu un accouchement très rapide.

Nos observations nous fournissent un résultat très appréciable. Si on excepte les deux femmes que nous n'avons pu suivre, ayant quitté la région, et les deux décès, on en trouve 4 qui n'ont pas eu de nouvelle grossesse, et 7 qui ont eu chacune un ou deux accouchements spontanés, sans intervention, ce qui porte la moyenne à 70 % en ne faisant pas entrer en ligne de compte la femme de l'observation 15 dont l'accouchement remonte au mois dernier.

Or tous ces accouchements se sont passés normalement, sans aucune intervention, la dilatation se faisant rapidement. Bénit cite deux femmes incisées dont l'accouchement ultérieur s'est passé le premier en 3 heures, le second en 4 heures. Par contre, Cathala cite un cas où il a dû inciser une seconde fois par suite de la rigidité du col.

Il est intéressant de constater que ces grandes incisions n'empêchent pas les grossesses ultérieures ni les accouchements spontanés, le col ayant gardé malgré la présence de cicatrices sa perméabilité et son élasticité normales.

Cette question tranchée, il nous reste à étudier quelques légères complications qui peuvent intervenir. Sur ces 15 cas nous n'avons vu qu'une seule phlébite, qui est survenue le vingt-et-unième jour après l'accouchement, alors que la femme était rentrée chez elle. Or deux ans après, cette même femme

a présenté un prolapsus utérin avec un col démesurément long n'atteignant pas loin de 10 centimètres.

Bien que le cas ne se soit pas produit, ou que nous n'avons pu le constater, il est possible que des femmes dont le col n'a pas été suturé par suite de l'infection, aient présenté de la métrite. Métrite qui a pu d'ailleurs gêner ou empêcher une fécondation ultérieure.

Enfin une question serait intéressante à étudier. Malheureusement nous avons perdu de vue toutes ces femmes, ou du moins il nous a été impossible de les examiner. Nous voulons parler du cancer du col. Peut-être, en effet, ce traumatisme est-il une cause prédisposante pour cette terrible affection et il faudrait rechercher dans le passé des femmes atteintes de cet épithélioma si elles n'ont pas subi autrefois des grandes incisions du col. Cette question nous entraînerait trop loin et dépasserait d'ailleurs le but que nous recherchons.

Comme on peut le constater, les complications sont relativement rares et dans la majorité des cas la fécondation n'est pas entravée et les accouchements ultérieurs sont souvent spontanés.

LES INDICATIONS

De ce qui précède, allons-nous trouver les éléments nécessaires pour poser des indications précises?

L'indication légitime est la nécessité de terminer rapidement l'accouchement (souffrance fœtale, fatigue ou infection de la mère) alors que la dilatation est encore peu avancée.

Il faut avant tout que le segment inférieur soit bien développé et l'ampliation vaginale suffisante.

Avant de pratiquer les incisions, il est donc indispensable de se rendre compte de l'état du canal cervico-segmentaire. Cette question est beaucoup plus importante que celle de la dilatation.

En effet il peut arriver que l'on trouve une dilatation punctiforme, avec un segment inférieur bien développé et bombant fortement dans le vagin. Et nous avons vu des dilatations de 5 francs, accompagnées d'un canal cervico-segmentaire presque inexistant.

Cathala au moyen d'un schéma très ingénieux a imaginé une façon d'apprécier la formation du segment inférieur. Il mesure d'abord la distance qui sépare les deux bosses pariétales et trouve environ

16 centimètres. Il conclut que, si en mesurant d'un cul-de-sac vaginal à l'autre les deux extrémités du diamètre bi-temporal, on trouve 16 centimètres, c'est que la tête a franchi le plan d'insertion du vagin sur le col. On peut inciser car la partie la plus volumineuse de la tête a franchi ce plan.

On peut même pratiquer ces incisions lorsque l'arc mesure 12-14 centimètres, étant donnée l'élasticité des parties molles.

En fait il est assez difficile de mesurer exactement chez une femme en travail la profondeur des culs-de-sac vaginaux. On se contente en général d'une approximation. On pourra donc faire les incisions quand on trouvera un segment inférieur « bien formé, ample et des culs-de-sac vaginaux profonds autour de la tête » (Ecalles).

Dans les cas contraires, les incisions seraient dangereuses. En effet, on s'exposerait aux déchirures utérines et par suite aux hémorragies graves et à l'infection (chapitre précédent).

Ceci posé, dans quels cas devons-nous employer cette méthode des grandes incisions ? Comme pour toute intervention obstétricale, il faudra tenir compte d'une part de la souffrance fœtale, d'autre part de la fatigue de la mère ou de l'infection.

Dans le premier cas, rentrent toutes les raisons qui peuvent intervenir pour faire souffrir le fœtus. La procidence du cordon en est un exemple. Le professeur Ecalles sur 44 grandes incisions en note 2 pour ce cas.

Il arrive aussi que la femme est en travail depuis longtemps : elle est à bout. Alors, à ce moment, les contractions qui étaient énergiques et fréquentes s'espacent, diminuent d'intensité pour s'arrêter parfois complètement. Les bruits du cœur fœtal se modifient et souvent, à la rupture de la poche des eaux on constate dans le liquide amniotique la présence de méconium. L'indication est nette ; il faut terminer rapidement l'accouchement.

Comme nous le verrons dans le prochain chapitre l'emploi des dilatateurs est à écarter : les ballons et les écarteurs métalliques ont une action trop lente et les risques d'infection sont beaucoup plus nombreux. D'autre part la dilatation forcée uni ou bi-manuelle présente les mêmes inconvénients et provoque parfois des déchirures. Seul un procédé est à retenir et aura d'ailleurs souvent la préférence : la césarienne basse. Un peu plus loin nous verrons ce que nous en pensons comparativement aux grandes incisions.

Les causes provenant de la mère sont beaucoup plus nombreuses :

a) *Rigidité du col.* Il arrive souvent qu'après un travail durant depuis longtemps la tête se trouve dans le vagin, presque entièrement coiffée du segment inférieur sans que la dilatation ait augmenté d'une façon notable. C'est d'ailleurs la raison qui a fait intervenir dans le plus grand nombre des observations que nous présentons. Il est évident que l'attente ne serait pas un remède et qu'une intervention doit être faite.

b) Dans les différentes statistiques on relève l'éclampsie comme raison déterminant les grandes incisions. Sur 55 cas, Leopold a fait 8 incisions avec un résultat parfait et Hauch sur 63 éclampsies en a incisé 20 et n'a vu que 3 décès.

c) Les *maladies infectieuses* et les *cardiopathies* influent souvent en faveur de cette méthode.

Dans une statistique, Ecalte indique une tuberculeuse incisée au bout de 36 heures de travail et une autre ayant une dilatation de 5 francs qui fut incisée pour attaque brutale d'asystolie .

d) Enfin dans quelques cas très spéciaux les grandes incisions seront utiles : dans l'agonie et post-mortem.

COMPARAISON AVEC LES AUTRES MÉTHODES

De peur de paraître trop exclusif dans nos appréciations examinons les avantages de la méthode des grandes incisions, comparée avec les autres procédés d'extraction rapide.

A. — Voie vaginale.

1^o *Les ballons et écarteurs* divers ont un grand défaut : leur lenteur. Ils seront appliqués avec succès lorsqu'on se trouvera en présence d'un simple défaut de dilatation, non accompagné de souffrance fœtale. Mais il ne faut pas oublier que dans le cas qui nous occupe la vie de l'enfant dépend presque toujours, pour ne pas dire toujours, de la rapidité dans la terminaison de l'accouchement. De plus ces instruments sont un risque supplémentaire d'infection.

2^o En dehors de ces appareils, il existe la *dilatation forcée* que l'on fait avec les mains — soit unimanuelle, méthodes de Moriceau, Delmas — soit bimanuelle, méthode de Bonnaire. Cette méthode est dangereuse et aveugle. En effet risquer une dilatation bimanuelle

sur un col souvent œdématisé et friable, c'est à coup sûr y produire des déchirures d'autant plus graves qu'on est en milieu infecté. Cette intervention n'est de mise que quand la dilatation est déjà très avancée et le col bien dilatable. Et alors dans ce cas la question des grandes incisions ne se pose même plus. Il ne semble d'ailleurs pas que la méthode de Delmas ait réalisé les espoirs de son créateur. La méthode des grandes incisions est certainement très supérieure quand elle est possible, ce qui, reconnaissons-le, est assez rare. (Toutes ces méthodes de dilatation forcée sont en défaveur sauf pour Delmas et ses élèves).

B. — Voie abdominale.

D'une façon générale, la césarienne par sa bénignité même dans des cas suspects doit être préférée. Il y a cependant quelques exceptions :

a) L'observation III nous en montre une : la tête est à la vulve, coiffée d'un segment inférieur très aminci et bien développé. Ce cas est relativement rare et il serait inutile d'entreprendre une césarienne, alors qu'un simple coup de ciseaux, donné dans de bonnes conditions remplit le même office.

b) Et puis il est des cas très infectés où la césarienne conservatrice, même basse, pourrait être très dangereuse et où il faudrait faire ensuite une hystérectomie. S'il s'agit d'une multipare ayant plusieurs

enfants vivants, on pourra faire une césarienne suivie d'hystérectomie. Par contre si c'est une primipare, ou même une secundipare sans enfant vivant, on penchera vers la méthode des incisions pour conserver si possible l'utérus et de cette façon l'espoir d'une fécondation ultérieure.

En résumé, la méthode des grandes incisions n'est qu'un procédé de nécessité, légitime sauf dans quelques cas très rares (observation III) dans les seuls cas où les autres techniques et en particulier la césarienne basse sont contre-indiquées.

CONCLUSIONS

I. — L'extension de la césarienne basse, due aux résultats excellents qu'elle a donnés jusqu'ici, rend de plus en plus rares les indications des grandes incisions du col.

Cependant elles rendront service :

a) Dans les cas où la tête s'engage profondément et arrive au voisinage de la vulve, coiffée d'un segment inférieur bien formé et long de plus de 10 centimètres au-delà du dôme vaginal ;

b) Dans les cas infectés où la voie haute serait trop dangereuse (indication de nécessité).

II. — Les différents procédés de dilatation manuelle doivent être abandonnés en faveur de la césarienne ou des incisions du col suivant les cas, c'est-à-dire lorsque les conditions indispensables pour la bonne réussite de ce deuxième procédé sont réalisées.

III. — L'ampliation vaginale et la descente de la tête seront les deux indications essentielles qui interviendront par leur présence en faveur des grandes

incisions (ce qui d'ailleurs en réduit beaucoup les indications).

IV. — La suture ne paraît pas indispensable. Si les incisions sont bien médianes, l'hémorragie est nulle, toujours beaucoup moindre que dans les déchirures latérales.

Cependant si l'asepsie peut être faite d'une façon soigneuse, il y aura intérêt à pratiquer la suture. En effet le résultat anatomique et fonctionnel sera évidemment meilleur.

Pour éviter de déchirer les lambeaux, il faut se défier des rotations. En tous cas il ne faudra les faire que très bas et extraire en O. S. les postérieures.

V. — Ces quelques observations montrent enfin que les grandes incisions médianes du col n'empêchent ultérieurement ni les grossesses, ni la dilatation spontanée.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu : le Doyen de la Faculté,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Incisions du col.

- Audebert (J.-L.)*. — Quelques observations d'incision unique dans la rigidité du col (Rev. de gyn. et d'obst., Paris, 1924, XIX, p. 499).
- Balard*. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi de grandes incisions du col de l'utérus pendant l'accouchement (Rev. Franc. de gynécol. et d'obstétr., 1922, p. 525).
- Balard (P.)*. — Des grandes incisions du col utérin pendant le travail et de la conduite à tenir lors des grossesses et des accouchements consécutifs (Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux, 1923, p. 56).
- Bénit*. — Les grandes incisions du col de l'utérus au cours de l'accouchement (Rev. franç. de gynécol. et d'ob., 1921, p. 352).
- Bermann*. — Les incisiones del cuello uterino de Duhrssen, durante el parto (Semana medic., 1923, p. 809).
- Boursier*. — Sur un cas de dystocie du col traitée par l'incision (Bull. soc. d'obst. et de gynécol., Paris, 1921, p. 339).
- Sur un cas de dystocie du col traité par l'incision (Journ. de méd. de Bordeaux, 1921, p. 327).
- Cathala*. — Les incisions de la portion intra-vaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme (Gynécologie et obstétrique, 1920, p. 113).
- Coen*. — Operazioni sul collouterino sterotomia cervicale (Rassegna d'obst. e ginee).

Cohen (Ramon Rafaël). — Des incisions du col utérin pendant l'accouchement (Thèse de Paris, 1927).

Ecalte. — Les incisions du col en obstétrique (Cours du jeudi soir à la clinique Tarnier, 1925).

Essem-Moeller. — Cas d'accouchement spontané après les incisions du col de l'utérus (Hygiena, Stockholm, 1906, p. 1303).

Favreau. — Incision du col pour menace de propagation d'une déchirure au segment inférieur (Journ. de Médecine de Bordeaux, p. 27)

— Deux cas d'incision de la portion intravaginale du col au cours de l'accouchement (Bull. soc. d'obst. et de gynécologie de Paris, 1925, p. 155).

Jeannin et Garipuy. — Incision du col de l'utérus pendant l'accouchement (Obstétrique, III, 1910, p. 948.)

Levant. — Les incisions du col en obstétrique (Médecine, II, 1920-1921, p. 515).

Lévy-Solal et Cleisz. — Incisions du col au cours du travail (Bull. soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1921, p. 11).

Lévy. — Prophylactic incisions of the vaginal outlet during labour (N. Orleans med. d. surg. Journ., 1919-1920, p. 692).

Rascol. — Trois cas d'incisions doubles médianes antérieure et postérieure du col au cours d'accouchements dystociques par rigidité du col (Bull. soc. d'obs. et de gynéc., 16 : 559-562, septembre 1927.)

Potocki. — Incisions de la portion vaginale du col pendant l'accouchement (Bull. soc. d'obstétrique et gynécologie de Paris, 1921, p. 40).

Rhenter. — Sur l'incision du col (Sté obst. de France, 1923).

Rivière. — Sur un cas d'incision au cours du travail (Bull. soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1921, p. 585).

Schwaab. — L'accouchement brusqué au moyen des grandes incisions du col (Presse médicale, 1920, p. 443).

Scali. — De l'accouchement brusqué par les incisions latérales profondes du col (Thèse Paris, 1920).

Verhoogen et Hustin. — A propos de l'incision de Pfannenstiel, en gynécologie (Acad. Royale de Médecine de Belgique, séance du 3 mai 1930).

Vignes et Cornil. — Sur les lésions histologiques de l'œdème du col pendant le travail. A propos d'un nouveau cas traité par les incisions (B. soc. d'obs. et de gyn. Paris, 1921, p. 485).

